

часто ($p=0,25$) встречались у пациенток I (34,2%) и II (47,2%) подгрупп и статистически значимо чаще при развитии вульвовагинита на фоне заболеваний органов мочевыделительной системы и аллергических заболеваний ($p=0,04$ и $p=0,007$ соответственно), чем при развитии вульвовагинита на фоне патологии желудочно-кишечного тракта и энтеробиоза (13,9%). В период ремиссии хронического вульвовагинита у девочек гиперемия вульвы носила очаговый характер и статистически значимо чаще выявлялась у пациенток II (30,6%) и III (25,0%) подгрупп по сравнению с пациентками I (5,3%) подгруппы ($p=0,004$ и $p=0,02$ соответственно) и одинаково часто ($p=0,60$) у пациенток с воспалительными процессами вульвы и влагалища на фоне аллергических заболеваний и заболеваний желудочно-кишечного тракта, энтеробиоза.

Бели серозного или слизистого характера при ремиссии воспалительного процесса вульвы и влагалища отмечались у пациенток всех подгрупп, но у девочек I (26,3%) и III (33,3%) подгрупп статистически значимо чаще, чем у девочек II (2,8%) подгруппы ($p=0,005$ и $p<0,001$), в то время как у пациенток I и II подгрупп – одинаково часто ($p=0,51$).

Пигментация и атрофические изменения вульвы достоверно чаще имели место у девочек с хроническими вульвовагинитами на фоне патологии органов мочевыделительной системы (21,1%) и аллергических заболеваний (33,3%), чем у девочек с хроническими вульвовагинитами на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта и энтеробиоза (2,8%) ($p=0,02$ и $p<0,001$). Вместе с тем данные изменения одинаково часто отмечались у пациенток I и II подгрупп ($p=0,24$).

Выводы. Таким образом, в период ремиссии хронического вульвовагинита у всех обследованных девочек отсутствовали резко выраженные признаки воспалительного процесса вульвы и влагалища.

Литература:

1. Этиологическая картина неспецифического вульвовагинита у девочек / Л.В. Адамян [и др.] // Репродукт. здоровье детей и подростков. – 2016. – № 2. – С. 39–42.

УДК 616-053.2

ЗНАЧЕНИЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЛЯ РЕБЕНКА И ПРИЧИНЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЕГО ЧАСТОТУ

Жукова Л.И., Рябова Т.М., Зуева О.С.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Педиатры развитых стран мира обеспокоены сокращением распространенности и продолжительности грудного вскармливания.

Питание является одним из важнейших факторов, определяющих жизнедеятельность и уровень здоровья человека. В раннем детском возрасте значение питания многократно возрастает, так как обеспечивает не только жизнедеятельность ребенка, но его рост и развитие. Первые 24 месяца жизни ребенка являются практически таким же критическим периодом развития, как и внутриутробный период.

Грудное молоко является уникальным естественным, идеально сбалансированным продуктом питания для детей первого года жизни. На основании полученных в результате многочисленных исследований доказано, что молоко матери это живая ткань, по составу практически на 100% совпадающая с тканями новорожденного ребенка. Оно содержит все необходимые питательные вещества (белки, жиры, углеводы) витамины, микроэлементы. Грудное вскармливание оказывает благотворное влияние на здоровье человека не только в раннем возрасте, но и во всей последующей жизни. По данным ВОЗ, взрослые, получавшие в детстве материнское молоко, реже заболевают сахарным диабетом I типа, атеросклерозом, раком, болезнями крови.

Белки важная составляющая питания ребенка, они являются основным пластическим материалом. Белки важный элемент для синтеза гормонов, ферментов, выработки антител и формирования иммунитета. Белки женского молока отличаются своей дисперсностью, при створаживании образуются мелкие хлопья, которые легче усваиваются.

Грудное молоко имеет более высокий уровень аминокислот цистина и тауина, которые необходимы для роста и дифференцировки тканей.

Для нормального роста и развития детей первых месяцев жизни большое значение имеет жировой компонент женского молока. Жиры обеспечивают маленького ребенка энергией (до 50% его энергетической потребности), незаменимыми жирными кислотами и жирорастворимыми витаминами (А, D, Е, К). Основными компонентами жира женского молока являются триглицериды, фосфолипиды, жирные кислоты. Женское молоко богато полиненасыщенными жирными кислотами.

Углеводы в женском молоке представлены до 90% лактозой и являются основным источником быстро утилизируемой энергии. Лактоза обеспечивает около 40% энергетической потребности.

Минеральные вещества в женском молоке находятся в таких соотношениях, которые способствуют их лучшему усвоению и в последующем минерализации костной ткани. Кроме того, усвоению кальция и фосфора способствует содержащийся в женском молоке витамин D.

Чрезвычайно важно то, что женское молоко содержит иммунологические и биологически активные вещества, антитела, макрофаги, нейтрофилы, которые защищают ребенка от инфекций. В грудном молоке содержатся бифидо- и лактобактерии (*B.longum*, *B.Lactis*, *B.brevis* и др.), которые способствуют формированию адекватного иммунитета у ребенка на естественном вскармливании.

Наличие в женском молоке широкого спектра биологически активных и защитных факторов принципиально отличает его от всех других продуктов питания и позволяет относить женское молоко к «живым структурам».

В грудном молоке содержится около 20 пищеварительных ферментов (амилаза, диастаза, каталаза, дегидрогеназа, липаза, пепсин, аминотрансферазы), обеспечивающих аутолитическое пищеварение.

Т.о. грудное молоко представляет собой поистине незаменимый продукт, предназначенный самой природой для вскармливания детей первого года жизни. Оно имеет значительное преимущество перед искусственными смесями для ребенка, матери, семьи и общества в целом.

Однако в настоящее время процент детей, вскармливаемых грудью, достаточно низок.

Нами опрошено 140 мам, находившихся на лечении в ВДОКЦ в отделении детей раннего возраста. До 3-х месяцев кормили детей грудью 57% мам, до 6 месяцев – 31%, до года 12%. Основными причинами раннего искусственного вскармливания мамы отмечали: гипогалактию – 78%, проблемы со своим здоровьем – 14%, невозможность длительного нахождения с ребенком (необходимость работы или учебы) 8%.

По данным опроса мам основные причины гипогалактии связаны с недостаточной мотивацией и с отсутствием информированности о преимуществах грудного вскармливания.

В развитии гипогалактии имеет значение и тот факт, что число детей, получающих докорм в родильном доме, приближается к 100%.

У врачей, как и у матерей, нет четкого убеждения в необходимости грудного вскармливания, и его легко прекращают при самых небольших затруднениях или проблемах. Участковые педиатры назначают детские смеси после однократно проведенного контрольного взвешивания, не пытаясь оказать матери квалифицированную

помощь по сохранению кормления грудью, рекомендуют купить смесь «на всякий случай».

В ходе опроса выявлены факторы, влияющие на успешность и продолжительность грудного вскармливания, в числе которых можно назвать раннее прикладывание к груди; совместное пребывание матери и ребенка в роддоме; информированность матери о преимуществах грудного вскармливания.

Удалось выяснить, что матери, имеющие высшее образование, кормят грудью дольше. Аналогично и с уровнем обеспеченности семьи: в семьях, где доход выше среднего, дети находятся на грудном вскармливании дольше, нежели в малоимущих семьях.

Таким образом, проведенный опрос показал необходимость более серьезной информированности матерей о преимуществах грудного вскармливания, важность обучения медицинского персонала и изменения практики учреждений родовспоможения и детства в соответствии с современными рекомендациями по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания.

Литература:

1. Жукова, Л.И. Рациональное вскармливание детей первого года жизни / Л.И. Жукова. – Минск, 2014. – 36 с.

2. Козловский, А.А. Питание детей первого года жизни / А.А. Козловский. – Минск, 2016. – 32 с.

2. Мачулина, Л.Н. Питание беременных женщин, кормящих матерей и детей первого года жизни/ Л.Н. Мачулина. – Минск, 2018. – 40с.

УДК 616.24-002-043.31-07

СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРИ РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ И ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Журавлева Л.Н., Новикова В.И., Хотетовская Ж.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Бронхолегочная дисплазия (БЛД) – это патологическое состояние, вызванное хроническим повреждением паренхимы легкого, встречающийся преимущественно у недоношенных детей [1]. Характерной чертой БЛД является потребность в дополнительной дотации увлажненного кислорода или вентиляции под положительным давлением в течение 28 или более дней после рождения [2,3]. Тем не менее, для значительно недоношенных детей, выраженная зависимость от кислорода может означать всего лишь незрелость легких, а не их повреждение [4]. И поэтому необходим поиск более прямых доказательств повреждения паренхимы легкого, на которых можно сделать заключение о наличии у ребенка БЛД. Рентгенологические критерии БЛД (отек интерстиция, участки фиброза и повышенной прозрачности легочной ткани, ленточные уплотнения ленточного характера) не являются высокоспецифичными, а интерпретация данных достаточно субъективна [5]. В идеале, постановка диагноза бронхолегочной дисплазии должна основываться и опираться на конкретные биологические маркеры, которые позволят оценить степень тяжести и способны прогнозировать развитие отдаленных последствий у новорожденных с респираторным дистресс-синдромом и пневмонией. Поэтому очень важен поиск конкретного и объективного маркера, который точно отражает степень тяжести повреждения легких.

Белок клеток Клара (БКК) является продуктом выработки респираторного эпителия дистального отдела терминальных бронхиол (клеток Клара). Биологическая функция БКК остается не полностью выясненной, хотя было показано, что БКК взаимодействует с